Deutscher Bundestag **Drucksache 17/9039**

17. Wahlperiode 21. 03. 2012

Antwort
der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Katrin Göring-Eckardt, Britta Haßelmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN
– Drucksache 17/8862 –

Steigende Rate an Kaiserschnittentbindungen

Vorbemerkung der Fragesteller

In Deutschland steigt der Anteil von Geburten mit Kaiserschnitt stetig an. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren 28 Prozent aller Entbindungen im Jahr 2005 Kaiserschnittentbindungen, im Jahr 2009 bereits 31,3 Prozent. Dabei variiert die Zahl der Kaiserschnittentbindungen stark nach Bundesländern. Die höchste Kaiserschnittrate im Jahr 2009 hatte das Saarland (38,4 Prozent), die Niedrigste hatte Sachsen (22,6 Prozent). Die Kaiserschnittstudie der Gmünder Ersatzkasse (GEK) aus dem Jahr 2006 zeigt, dass Ärzte und Ärztinnen einen maßgeblichen Einfluss auf die Entscheidung zum Kaiserschnitt haben und bei 60 Prozent aller Kaiserschnitte sie diesen Schritt empfehlen. Auf der anderen Seite empfehlen Hebammen Kaiserschnitte deutlich seltener (27 Prozent). Die steigende Tendenz zu Kaiserschnitten ist laut GEK-Studie mit einer geringeren Intensität der Hebammenbetreuung verbunden.

Nach der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollte ein Kaiserschnitt nur dann durchgeführt werden, wenn eine natürliche Geburt die Gesundheit oder das Leben von Mutter oder Kind gefährdet. Es wird davon ausgegangen, dass bei Anwendung dieser Empfehlung bei etwa 15 Prozent der Geburten Kaiserschnitte medizinisch indiziert sind.

Kaiserschnitte werden häufig als eine sichere Alternative zur vaginalen Geburt dargestellt. Dabei werden laut GEK-Kaiserschnittstudie die langfristigen gesundheitlichen Risiken des Kaiserschnitts bei weiteren Schwangerschaften und Entbindungen in der Öffentlichkeit bagatellisiert und die Schwangeren darüber nicht ausreichend informiert. Als Nachteile des Kaiserschnitts werden von den in der GEK-Studie befragten Frauen mit Schnittentbindungen insbesondere Narben- oder Wundschmerzen (52,6 Prozent), Operations- und Infektionsrisiko (26,5 Prozent), längere Rekonvaleszenz (40,4 Prozent) und damit verbunden die eingeschränkte Versorgung des Säuglings (23 Prozent) und eine gestörte Mutter-Kind-Bindung (24,9 Prozent) benannt.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 20. März 2012 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Die Abgrenzung zwischen Wunschkaiserschnitten, relativer und eindeutiger medizinischer Indikation wird unklarer. Dazu trägt auch die im August 2010 veröffentlichte Kaiserschnitt-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) bei. Diese sieht vor, dass ein Kaiserschnitt auch in nicht medizinischen Fällen durchgeführt werden kann (z. B. aus Gründen der Klinikorganisation und Personalbesetzung, aus beruflichen oder terminlichen Gründen oder wegen des Wunsches, das Kind unter einem günstigen Horoskop zu gebären). Beispielsweise berichtet die Techniker Krankenkasse, dass bei ihren Versicherten am 11. November 2011 mehr als doppelt so viele Kaiserschnitte durchgeführt wurden wie an anderen Tagen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Gründe für die Entwicklung der Kaiserschnittgeburten in den letzten Jahren sind komplex und sie werden in der medizinischen Fachwelt intensiv diskutiert. Eine differenzierte Betrachtung der Entwicklung bedarf des Einbezugs vielfältiger gesellschaftlicher Aspekte sowie der Weiterentwicklungen und Qualitätssteigerungen in der Geburtsmedizin der letzten Jahre. So hat der gesellschaftliche Wandel Auswirkungen auf das Alter der Mutter bei Erstschwangerschaft, auf die Risikoakzeptanz werdender Mütter und deren persönliche Einstellung zur Geburt. Auf der anderen Seite können Schwangerschaften und Geburten heutzutage durch einen bevölkerungsweit niedrigschwelligen Zugang zu modernster Gesundheitsversorgung und die parallel rasante Entwicklung in der Medizintechnik umfassender kontrolliert und dadurch eine Vielzahl von Risikofaktoren frühzeitig erkannt werden. Darüber hinaus ist in der Ärzteschaft wie auch bei den Schwangeren selbst neben dem allgemeinen Risikobewusstsein auch das Wissen um spezielle Geburtsrisiken gestiegen.

In der medizinisch-wissenschaftlichen Fachwelt werden als konkrete Gründe für eine Zunahme der Kaiserschnitte u. a. das gestiegene Alter von Frauen bei der Geburt, ein höheres Geburtsgewicht der Kinder, ein wachsender Anteil an Zwillingsgeburten, mehr Mütter mit Schwangerschafts-Diabetes oder anderen Erkrankungen, aber auch die zunehmende Zahl an Arzthaftungsprozessen wegen nicht erfolgter geburtsmedizinischer Interventionen diskutiert. Zudem werden häufig Frauen, die einen Kaiserschnitt hatten, beim nächsten Kind wieder per Kaiserschnitt entbunden. Gleichzeitig sind durch veränderte Operations- und Narkosetechniken und eine verbesserte Infektions- und Thromboseprophylaxe die Risiken eines Kaiserschnitts immer weiter gesunken mit der Folge einer veränderten Nutzen-Risiko-Bewertung der Schnitt-Entbindung auch im Einzelfall.

Nach Ansicht der Bundesregierung steht die weitere Reduktion der kindlichen und mütterlichen Morbidität und Mortalität vorrangig im Fokus zukünftiger Entwicklungen. Hier ist Deutschland im europäischen und weltweiten Vergleich führend. Etwaige Interventionen zur Senkung der Kaiserschnittraten dürfen nicht zu einer erhöhten Gefährdung von Mutter und Kind führen.

1. Wie bewertet die Bundesregierung die steigenden Zahlen der Kaiserschnitte in Deutschland?

Die Kaiserschnittrate in Deutschland ist bis 2009 deutlich angestiegen. Von 2009 (31,4 Prozent aller Geburten) auf 2010 (31,9 Prozent aller Geburten) gab es aber nur noch eine sehr geringe Steigerung (Quelle: Statistisches Bundesamt). Zu den Ursachen des Anstiegs gehören vielfältige gesellschaftliche, medizinische, epidemiologische und psychosoziale Aspekte (siehe auch Antwort zu Frage 2). Zu den entscheidungsrelevanten Faktoren, die für oder gegen eine Sectio in Betracht kommen, gehören Parameter wie Schmerzen, Eingriffsrisiko, Geburtserlebnis, künftige Schwangerschafts- und Geburtsrisiken, Kontinenz-

probleme. Die Bundesregierung geht davon aus, dass grundsätzlich die Entscheidung zum Einsatz medizinischer Maßnahmen verantwortungsvoll gemeinsam zwischen dem Arzt bzw. der Ärztin, der Hebamme und der werdenden Mutter auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse getroffen wird und dass dabei die medizinische Notwendigkeit und die Abwägung der gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind vorrangig ausschlaggebend sind.

2. Welche Rolle spielen nach Einschätzung der Bundesregierung die folgenden Faktoren für die im internationalen Vergleich hohen und steigenden Kaiserschnittraten in Deutschland:

   a) verändertes Geburtsrisiko,

   b) Klinik- und Krankenhausorganisation,

   c) aktive Einleitung der Geburt (z. B. Blasensprengung, Wehentropf, Periduralanästhesie),

   d) sich änderndes Bild des Kaiserschnitts in der Öffentlichkeit, z. B. durch Kaiserschnitte bei prominenten Frauen,

   e) sinkende Zahl der durch Hebammen betreuten Schwangerschaften,

   f) mangelnde Information und Aufklärung von Schwangeren über die möglichen Risiken und gesundheitlichen Konsequenzen des Kaiserschnitts für Mutter und Kind während und nach der Geburt sowie bei späteren Schwangerschaften,

   g) höhere Honorare für die Krankenhäuser und Kliniken für durchgeführte Kaiserschnitte im Vergleich zu der vaginalen Geburt (bitte Angaben zur Höhe der jeweiligen Honorare),

   h) andere Gründe?

Der letzte belastbare Vergleich der Kaiserschnittraten in Europa stammt aus dem Jahr 2004. Die Sectiorate in Deutschland liegt demzufolge im Trend der entwickelten Länder Europas, Asiens, Nord- und Lateinamerikas und ist im internationalen Vergleich nicht herausstechend (WHO-Report 2007).

Zu der Rolle einzelner Faktoren:

a) Verändertes Geburtsrisiko

Fast 25 Prozent der Schwangeren sind bei der Geburt heute 35 Jahre oder älter (z. B. Anstieg in Thüringen von durchschnittlich 22,6 Jahren im Jahr 1992 auf durchschnittlich 30,1 Jahre im Jahr 2009). Dies hat zur Folge, dass Erkrankungen und Risiken häufiger werden: Stoffwechselstörungen wie Diabetes mellitus, Schwangerschaftsdiabetes, Adipositas und Bluthochdruck-Erkrankungen haben in den vergangenen Jahren kontinuierlich zugenommen. Zugenommen hat auch der Anteil Erstgebärender mit Störungen der Plazenta und Präeklampsie und von (meist) älteren Schwangeren nach reproduktionsmedizinischen Maßnahmen und mit Mehrlingsschwangerschaften.

b) Klinik- und Krankenhausorganisation

In einer Geburtsklinik, die 24 Stunden täglich und auch am Wochenende vollständig besetzt ist (ärztliches Personal, Assistenzpersonal, Hebammen), spielen organisatorische Aspekte keine entscheidende Rolle. Nach Einschätzung aus Fachkreisen scheint es, dass an kleinen Kliniken mit eingeschränkter Dienstbereitschaft nachts und am Wochenende eher zum Kaiserschnitt geraten wird, und zwar insbesondere im Interesse einer größtmöglichen Sicherheit für die Gebärende und ihr Kind.

c) Aktive Einleitung der Geburt

Die aktive Einleitung einer Geburt aus medizinischen Gründen zur Verhinderung einer kindlichen Schädigung hat in den letzten Jahren zugenommen. So wurde im Jahr 2010 nach den Daten der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung des AQUA-Instituts bei 20,6 Prozent der Schwangeren eine Geburtseinleitung durchgeführt (AQUA-Qualitätsreport 2010). Ursache sind zunehmendes Alter der Schwangeren und potentielle Gefährdung des Kindes bei weiterem Fortbestehen der Schwangerschaft durch Plazentainsuffizienz, Bluthochdruck und Diabetes mellitus der Schwangeren. Ist die Einleitung nicht erfolgreich, wird die Schwangerschaft in diesen Fällen häufig durch einen Kaiserschnitt beendet um Mutter und Kind nicht zu gefährden. Hieraus erklärt sich die erhöhte Sectio-Rate nach Geburtseinleitung.

d) Sich änderndes Bild des Kaiserschnitts in der Öffentlichkeit, z. B. durch Kaiserschnitte bei prominenten Frauen

Der Kaiserschnitt als „Prominenten-Entbindung" wird spätestens seit Jacky Kennedy (DER SPIEGEL 50/1960 vom 7. Dezember 1960, S. 90) diskutiert. Für den Anstieg der Kaiserschnittraten in jüngerer Zeit dürfte dieser Effekt nicht mehr nachweisbar sein. Nicht auszuschließen ist ein durch die mediale Darstellung hervorgerufener Bagatellisierungseffekt des operativen Eingriffs, der zu einer vermehrten Nachfrage durch Schwangere führt. Dies ist jedoch durch die über den Eingriff aufklärenden Ärzte und Ärztinnen richtigzustellen. Eine nach sachgerechter Aufklärung und unter Berücksichtigung der individuellen Risikokonstellation zwischen Arzt bzw. Ärztin und werdender Mutter getroffene Entscheidung für eine Schnittentbindung muss grundsätzlich als Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren akzeptiert werden.

e) Sinkende Zahl der durch Hebammen betreuten Schwangerschaften

In Deutschland steht jeder Schwangeren die Betreuung durch Hebammen zu; unter der Geburt ist sie obligatorisch. So war im Jahr 2010 nach den Daten des AQUA-Instituts bei den Entbindungen in 99,4 Prozent eine Hebamme (davon in 87,2 Prozent eine Klinikhebamme und in 12,8 Prozent eine Beleghebamme) anwesend (AQUA-Qualitätsreport 2010).

f) Mangelnde Information und Aufklärung von Schwangeren über die möglichen Risiken und gesundheitlichen Konsequenzen

Nach Informationen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe wird jede Schwangere obligatorisch vor der Entbindung über die Risiken aufgeklärt. Die Aufklärung über die Risiken des Kaiserschnitts ist fester Bestandteil jedes Aufklärungsgesprächs vor einem Kaiserschnitt. Der Schwangeren stehen neben dem Gespräch mit Hebammen, Ärztinnen und Ärzten umfangreiche und detaillierte schriftliche und elektronische Informationen zur Verfügung. Wird ein Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation gewünscht, so wird die Aufklärung über die möglichen Risiken zusätzlich intensiviert.

g) Höhere Honorare für Krankenhäuser und Kliniken für durchgeführte Kaiserschnitte im Vergleich zu der vaginalen Geburt

Auf der Grundlage des Fallpauschalenkatalogs 2012 beträgt die Vergütung eines Krankenhauses für eine primäre Sectio ohne Komplikationen bundesdurchschnittlich rd. 2 400 Euro und für eine vaginale Geburt ohne Komplikation rd. 1 500 Euro. Diese Vergütungen spiegeln den unterschiedlichen Aufwand wider, der bei einem Kaiserschnitt (Bereitstellung eines sterilen Operationssaals, Anästhesie, Operationsvorbereitungen, Operation durch zwei Ärzte, zwei Operationsschwestern, Kinderarzt meist hinzugezogen, postoperative Überwachung etc.) deutlich höher ist als bei vaginaler Entbindung (Betreuung

durch eine Hebamme, ggf. Hinzuziehen des Arztes zur letzten Phase der Geburt). Wegen der höheren Kosten ist nicht davon auszugehen, dass Krankenhäuser durch Kaiserschnitte trotz einer höheren Vergütung gegenüber vaginalen Entbindungen grundsätzlich höhere Deckungsbeiträge erzielen.

h) Andere Gründe

Einen zusätzlichen Einfluss auf die ärztliche Entscheidung hat nach Einschätzung aus Fachkreisen die geltende Rechtsprechung: Bei Problemen nach vaginalen Geburten (beispielsweise Schulterdystokie, kindlicher Schaden nach Sauerstoffmangel) werden die für die Betreuung erforderlichen finanziellen Mittel zunehmend über die Haftpflichtversicherung des Arztes angefordert. Dagegen gibt es derzeit kaum eine Verurteilung nach einer erfolgten Sectio – bei gleichen kindlichen Schädigungen. Deshalb führt eine im Zweifelsfall nicht durchgeführte Sectio – stattdessen z. B. Abwarten und vaginale Beendigung der Geburt – häufiger zu Verurteilungen. Die Rechtsprechung könnte damit ein Kofaktor für eine erhöhte Bereitschaft der Ärzte und Ärztinnen zu einer frühzeitigeren Entscheidung für einen Kaiserschnitt sein.

3. Wie erklärt sich die Bundesregierung die sehr großen Unterschiede bei Kaiserschnittraten zwischen den Bundesländern?

Der Bundesregierung liegen keine Informationen über die jeweiligen Gründe der Entscheidungen für eine Geburt per Kaiserschnitt vor, da diese nicht routinemäßig erhoben werden. Nach Einschätzung von Experten erklären sich die Unterschiede zwischen den Ländern zumindest teilweise aus der Struktur der Kliniken. Bei gut umgesetzter Zentralisierung der Risikogeburtshilfe, wie in den neuen Ländern, seien demzufolge niedrigere Sectio-Raten zu erwarten. Eine zweite Erklärung könnte das (gegenwärtig noch) geringere Durchschnittsalter der Schwangeren in den neuen Ländern sein und damit die geringere Rate an Risiken und Komplikationen, die eine Sectio erforderlich machen. Eine dritte Erklärung könnte in unterschiedlichen, sich nur allmählich nivellierenden Traditionen begründet sein: In der Bundesrepublik Deutschland waren schon in den 80er-Jahren die Sectio-Raten deutlich höher als in der DDR.

4. a) Wie erklärt sich die Bundesregierung die geringere Zahl der Kaiserschnitte in den Niederlanden?

b) Welche Rolle spielt nach ihrer Auffassung dabei die viel stärkere Rolle von Hebammen in der Betreuung von Geburten?

Die Niederlande und Deutschland haben strukturell sehr unterschiedliche Versorgungssysteme, in den Niederlanden ist die Hausgeburtshilfe stark ausgeprägt. So werden nach Angaben des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dort etwa 30 Prozent der Geburten als Hausgeburten durchgeführt und, wenn nicht bestimmte Risikofaktoren bestehen, von Primärarzt bzw. -ärztin und Hebamme betreut. Eine Entbindung im Krankenhaus muss, wenn keine zwingende medizinische Indikation dafür vorliegt, von den Frauen teilweise selbst bezahlt werden (GKV-Spitzenverband 2011). Die Sectio-Rate ist in den Niederlanden zwar niedrig, es wird jedoch kontrovers diskutiert, ob die Organisation der Versorgung mit einer erhöhten Säuglingssterblichkeit einhergeht (de Jonge et al. 2009, Evers et al. 2010). Das Versorgungssystem in den Niederlanden wird nach Auskunft von Fachexperten derzeit vor dem Hintergrund seiner im internationalen Vergleich schlechten Outcome-Ergebnisse (Morbidität und Mortalität der Neugeborenen, Mortalität der Mütter) von einer stark ausgeprägten Hausgeburtshilfe in eine klinikgebundene Geburtshilfe umstrukturiert.

5. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, wie hoch der Anteil der primären Sectiones (geplanter Kaiserschnitt, der vor oder nach dem Einsetzen der Wehen durchgeführt wird) im Vergleich mit der Zahl der sekundären Sectiones (Kaiserschnitt, der aufgrund einer Notfallsituation oder des Geburtsverlaufs aus mütterlicher oder kindlicher Indikation) ist, und wie bewertet die Bundesregierung diese Zahlen?

Nach der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes wurden im Jahr 2010 von 656 390 Frauen 209 441 (31,9 Prozent) per Kaiserschnitt entbunden (Gesundheitsberichterstattung 2011). In der Bundesauswertung Geburtshilfe des AQUA-Instituts wird für das Jahr 2010 eine Kaiserschnittrate von 32,7 Prozent angegeben (Vollzähligkeit der Datensätze 99,2 Prozent). Bei 14,6 Prozent der Entbindungen im Krankenhaus wurde eine primäre Sectio caesarea und bei 15,4 Prozent eine sekundäre Sectio caesarea durchgeführt, dazu kommen 2,7 Prozent, die als nicht näher bezeichnete Sectio caesarea dokumentiert wurden (AQUA-Qualitätsreport 2010). Von den reifgeborenen Einlingen (37. bis 41. Schwangerschaftswoche) aus regelrechter Schädellage wurden 10,9 Prozent durch primäre und 11,6 Prozent durch sekundäre Sectio entbunden. Bei diesen Daten ist die Zahl der unkomplizierten Spontangeburten außerhalb der Krankenhäuser zu berücksichtigen (schätzungsweise 1,68 Prozent der in Deutschland geborenen Kinder, (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe – QUAG, Qualitätsbericht 2010).

Nach Einschätzung der Bundesregierung ist es grundsätzlich Ziel, der vorgeburtlichen Bemühungen von Ärztin oder Arzt und Hebamme, der Schwangeren eine unkomplizierte vaginale Geburt oder einen primären Kaiserschnitt zu ermöglichen. Die o. g. Zahl von 15,4 Prozent sekundären Sectiones zeigt, dass es bei etwa jeder sechsten Entbindung zu nicht vorhergesehenen Komplikationen kommt, die statt einer geplanten vaginalen Entbindung eine Geburtsbeendigung per Kaiserschnitt erforderlich machen.

6. a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über Art und Umfang von körperlichen und psychischen Folgen nach einer Kaiserschnittentbindung bei Mutter und Kind?

   b) Sieht die Bundesregierung die vorliegenden Studien und Daten als ausreichend an?

   Falls ja, warum?

   Falls nein, was plant sie dagegen zu unternehmen?

Es existieren zahlreiche Studien über körperliche und psychische Folgen einer vaginalen Geburt, einer als traumatisch erlebten vaginalen Geburt, die mit Zange oder Saugglocke beendet wurde sowie über primäre und sekundäre Kaiserschnitte. Nach diesen Studien haben vaginal-operative Geburten und sekundäre Kaiserschnitte, insbesondere Notkaiserschnitte, die meisten negativen Auswirkungen. Eine Zusammenstellung der Folgen einer Kaiserschnittentbindung findet sich auch in der im Rahmen der Anfrage angeführten GEK-Kaiserschnittstudie (Lutz und Kolip 2006). Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) plant derzeit keine Studien zu diesem Thema.

7. a) Wie schätzt die Bundesregierung die Problematik des Wunschkaiserschnitts und die Schwierigkeit der Abgrenzung zwischen Wunsch und einer relativen oder eindeutigen medizinischen Notwendigkeit ein?

Von einer absoluten Indikation ist nach einer Stellungnahme der AG Medizinrecht der DGGG dann zu sprechen, wenn „der Geburtshelfer aus zwingenden geburtsmedizinischen Gründen, namentlich zur Rettung von Leben und Ge-

sundheit des Kindes und/oder der Mutter, nur zu diesem Entbindungsweg raten kann. Beispiele dafür sind Querlage, absolutes Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken, …, Placenta praevia und Eklampsie.“ (DGGG, August 2010). Die Grenzen zwischen absoluten Indikationen und relativen Indikationen sind fließend. Nach aktuellen Schätzungen der Geburtsmediziner werden zu den absoluten Indikationen I (Tatsachen, die vor der Geburt feststehen, wie Placenta praevia oder Querlage des Kindes) 10 bis 15 Prozent gezählt, zu den absoluten Indikationen II (Situationen, die sich kurz vor oder während der Entbindung ergeben und die einen Kaiserschnitt zwingend erfordern, z. B. Blutung, suspekte Blutdrucksteigerung, Geburtsstillstand plus schlechte Kardiotokografie (CTG) 35 bis 45 Prozent. Zu den relativen Indikationen (d. h. Situationen, bei der eine Abwägung der geburtsmedizinischen Risiken für Mutter und Kind geboten ist) werden 35 bis 45 Prozent gezählt. Relative Indikationen bedürfen einer detaillierten Diskussion mit der Schwangeren über das Für und Wider eines Kaiserschnitts in der speziellen Situation. Da die Wünsche und das Sicherheitsbedürfnis der Schwangeren unterschiedlich sind, kann dies bei im Übrigen objektiv gleich erscheinenden Situationen zu unterschiedlichen Entscheidungen führen. Die Indikation zur „Wunsch-Sectio“ sollte grundsätzlich extrem zurückhaltend und nur nach detaillierter Aufklärung der Schwangeren über Risiken und Langzeitfolgen erfolgen.

b) Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, wie viele Kaiserschnitte in Deutschland als relativ indizierte Schnittentbindungen oder Wunschkaiserschnitte bezeichnet werden können?

Diese Zahlen werden nicht erfasst. Es wird jedoch von vielen Experten vermutet, dass der Anteil der „Wunschkaiserschnitte“ bei 5 Prozent und darunter liegt: zu der Zahl der relativen Indikationen wird auf die Antwort zu Frage 7a verwiesen.

c) Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, was die häufigsten Gründe für relativ indizierte Schnittentbindungen oder Wunschkaiserschnitte sind, und welche Faktoren beeinflussen die Entscheidungen von schwangeren Frauen für eine Wunschsectio statt einer vaginalen Geburt?

Die häufigsten Gründe für einen relativ indizierten Kaiserschnitt sind ein protrahierter Geburtsverlauf bzw. ein zunehmend suspekt bis pathologisch werdendes CTG. Valide Untersuchungen zu den Gründen für eine „Wunsch-Sectio“ sind nicht bekannt.

8. Wie bewertet die Bundesregierung die in den Leitlinien der DGGG enthaltene Formulierung: „Zu den relativ indizierten Schnittentbindungen zählen auch solche, zu denen sich der Arzt aus Gründen der Klinikorganisation und Personalbesetzung, aus Mangel an Erfahrung, also namentlich aus einer prophylaktischen, womöglich defensiven Haltung heraus entschließt“?

Evidenzbasierte Leitlinien werden in der Regel von den zuständigen Fachgesellschaften auf der Grundlage der Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin erarbeitet und in einem methodisch gesicherten Verfahren der Konsensbildung unter Beteiligung von Patientenvertreten und unter Berücksichtigung von Alltagsbedingungen entwickelt. Es ist grundsätzlich nicht Aufgabe der Bundesregierung, diese medizinischen Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften zu bewerten.

Nach Auskunft der DGGG ist die zitierte Aussage aus einer medizinrechtlichen Stellungnahme der DGGG korrekt. Sie beschreibt die ärztliche Sorgfaltspflicht im Interesse der Sicherheit von Mutter und Kind, wenn die Möglichkeiten in der beschriebenen Weise eingeschränkt sind. Viele Risiken – Beckenendlage, Mehrlingsentbindung, Zustand nach vorherigem Kaiserschnitt etc. – sind allerdings langfristig bekannt. In diesen Fällen sollte die Schwangere an ein personell entsprechend ausgestattetes Perinatalzentrum überwiesen werden. Da allerdings bei allen Entbindungen unvorhergesehene Notfälle eintreten können, sollten nach Ansicht der DGGG möglichst alle Frauen an Zentren mit geburtshilflicher, anästhesiologischer und neonataler Präsenz entbunden werden. Unter diesen optimalen Umständen können auch ambulante Geburten oder Geburten in Hebammen-geleiteten Kreißsälen umgesetzt werden ohne einen Verlust an Sicherheit für Mutter und Kind.

9. Wie bewertet die Bundesregierung, dass in den Leitlinien der DGGG zum Kaiserschnitt auf Wunsch festgestellt wird: „In Betracht kommen die Fälle, in denen aus beruflichen Gründen Zeit und Ort der Entbindung im Voraus fest bestimmbar sein sollen (z. B. Tag der Jahrtausendwende oder Geburt unter einem günstigen Horoskop) oder die Teilnahme des Partners gewünscht wird, der zeitlich nicht frei verfügbar ist“?

Wie in der Antwort zu Frage 8 dargestellt, ist es grundsätzlich nicht Aufgabe der Bundesregierung, medizinische Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften zu bewerten.

Nach Auskunft der DGGG ist das Zitat aus dem Zusammenhang gerissen. Es beschreibt der DGGG zufolge lediglich eine Situation, in der eine Schwangere sich gegebenenfalls einen bestimmten Termin für eine Entbindung wünscht, und enthält keine Wertung oder Empfehlung.

10. Plant die Bundesregierung Maßnahmen zur Bekämpfung des Informations- und Aufklärungsdefizits, das in der GEK-Kaiserschnittstudie von den befragten Frauen, die durch den Kaiserschnitt entbunden haben, thematisiert wurde und die beklagen, dass ihnen hierdurch die Möglichkeit genommen wurde, eine informierte und bewusste eigene Entscheidung pro oder contra Kaiserschnitt zu treffen?

    Falls nein, warum nicht?

    Falls ja, welche Rollen sollten bei diesen Maßnahmen

    a) die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA),
    b) Frauengesundheitsprojekte und -organisationen,
    c) Krankenkassen,
    d) ärztliche Standesorganisationen und Fachgesellschaften,
    e) Hebammenverbände,
    f) der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 92 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Richtlinie und Mutterpass)

    haben?

Wie in der Antwort zu Frage 2 ausgeführt, wird nach Information der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe jede Schwangere obligatorisch vor der Entbindung über die Risiken aufgeklärt. Die Aufklärung über die spezifischen Risiken der Schnittentbindung ist fester Bestandteil jedes Aufklärungsgesprächs vor einem Kaiserschnitt. Der Schwangeren stehen neben dem Gespräch mit Hebammen und Ärzten bzw. Ärztinnen schriftliche und elektro-

nische Informationen zur Verfügung. Wird ein Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation gewünscht, so wird die Aufklärung über die möglichen Risiken zusätzlich intensiviert. Hinweise, dass diese Beratungen nicht nach den berufsrechtlichen Prinzipien einer am Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse orientierten Behandlung durchgeführt werden, liegen dem Bundesministerium für Gesundheit nicht vor. Auch die GEK-Kaiserschnittstudie kommt zu dem Ergebnis, dass sich 86 Prozent der befragten Frauen gut oder sehr gut durch den Arzt bzw. die Ärztin über den Ablauf einer Sectio beraten fühlten. Über die Folgen einer Kaiserschnittgeburt fühlten sich 89 Prozent der befragten Frauen sehr gut, gut oder mittelmäßig durch den Arzt bzw. Ärztin beraten. Von einem generellen Informations- und Aufklärungsdefizit ist vor diesem Hintergrund nach Ansicht der Bundesregierung nicht auszugehen.

Neben der entscheidenden individuellen Information der Schwangeren durch die Ärzte, Ärztinnen und Hebammen bieten auch viele weitere Akteure des Gesundheitssystems umfangreiche Informationen zu Fragen der Schwangerschaft, der Geburt und eines gesunden Aufwachsens des Kindes an, wie z. B. die BZgA und die Krankenkassen. Die BZgA informiert im Rahmen ihrer Aufklärungsmaßnahmen zu Schwangerschaft und Geburt umfassend über Indikationen, Risiken und Auswirkungen eines Kaiserschnitts. Ziel ist u. a. die Förderung einer informierten Entscheidung im Falle eines geplanten Kaiserschnitts. Der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. als Kooperationspartner des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Bereich Frauengesundheit plant gemeinsam mit wichtigen Akteuren der Geburtshilfe eine Kaiserschnitt-Kampagne, die u. a. darauf abzielt, Frauen besser über alle Aspekte eines Kaiserschnittes aufzuklären. Gleichzeitig richtet sich die Kampagne an die Akteure der Geburtshilfe.

11. Welche weiteren Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die im internationalen Vergleich sehr hohen deutschen Kaiserschnittraten zu senken?

Nach Ansicht der Bundesregierung sollte die Rate an Kaiserschnitten nicht isoliert, sondern grundsätzlich im Zusammenhang mit der Verringerung der kindlichen und mütterlichen Morbidität und Mortalität betrachtet werden. Hier ist Deutschland im europäischen und weltweiten Vergleich führend. Eine etwaige Senkung der Kaiserschnittrate darf nicht mit einer erhöhten Gefährdung von Mutter und Kind einhergehen.

Darüber hinaus ist es nicht Aufgabe der Bundesregierung, die im individuellen Fall zu treffende Entscheidung über die Art einer Entbindung zu beeinflussen. Die Entscheidung zum Einsatz medizinischer Maßnahmen ist grundsätzlich gemeinsam zwischen der Hebamme bzw. dem Arzt oder der Ärztin und der werdenden Mutter unter Abwägung der gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind auf der Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu treffen.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333